



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2006

**Kokainabhängigkeit in der stationären Behandlung - Dokumentation zur
Jahresberichtssitzung act-info-FOS vom 16. März 2006**

Berthel, Toni ; Pfäffli, Rahel ; Schmid, Nicole

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-100153>
Conference or Workshop Item

Originally published at:

Berthel, Toni; Pfäffli, Rahel; Schmid, Nicole (2006). Kokainabhängigkeit in der stationären Behandlung - Dokumentation zur Jahresberichtssitzung act-info-FOS vom 16. März 2006. In: Jahresberichtssitzung act-info-FOS, Zürich, 16 March 2006.



Der Forschungsverbund stationäre Suchttherapie act-info-FOS im Jahr 2005

Dokumentation zur Jahresberichtssitzung
vom 16. März 2006 in Zürich zum Thema
Kokainabhängigkeit in der stationären Behandlung

Zusammengestellt von der Koordinationsstelle *act-info-FOS*
Susanne Schaaf unter Mitarbeit von Esther Grichling und Heidi Bolliger

act-info-FOS
Forschungsverbund
stationäre Suchttherapie



Einladung zur Jahresbericht-Sitzung act-info-FOS Donnerstag, 16. März 2006 in Zürich

Wir würden uns freuen, Sie an der kommenden Jahresbericht-Sitzung act-info-FOS begrüßen zu dürfen.

Programm

	Verteilung des Jahresberichts act-info-FOS 2005 und der Institutionsberichte 2005 bei Eintreffen
13.45 – 14.15 h	Begrüssung act-info-FOS Jahresstatistik 2005 Kokainbehandlung in stationärer Suchttherapie <i>Susanne Schaaf, ISGF</i>
14.15 – 15.00 h	Kokain, Kokainismus – Phänomen, Besonderheiten, geeignete Interventionen, Anregungen für die stationäre Behandlung <i>Dr. med. Toni Berthel, leitender Arzt</i> <i>ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur</i>
15.00 – 15.30 h	Pause
15.30 – 16.15 h	Erfahrungen mit der Behandlung von Kokainabhängigkeit im stationären Therapiesetting <i>Beiträge von zwei Vertreter/innen aus stationären Suchthilfeeinrichtungen</i>
16.15 – 16.45 h	Stand und Perspektiven von act-info-FOS und des act-info Gesamtprojektes, Spezialprojekte <i>Esther Griching, ISGF</i>
16.45 h	Ende der Veranstaltung

Ort: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, Konradstr. 32,
8005 Zürich, Parterre, im grossen Sitzungszimmer der ARUD

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort

Anhang 1: Referat Susanne Schaaf, ISGF
act-*info*-FOS Jahresstatistik 2005
Kokainbehandlung in stationärer Suchttherapie

Anhang 2: Referat Toni Berthel, IPW
Kokain, Kokainismus – Phänomen, Besonderheiten, geeignete Interventionen,
Anregungen für die stationäre Behandlung

Anhang 3: Erfahrungsbericht 1: Gemeinschaft Melchenbühl (Rahel Pfäffli)
Erfahrungen mit der Behandlung von Kokainabhängigkeit im stationären
Therapiesetting

Anhang 4: Erfahrungsbericht 2: Frankental (Nicole Schmid)
Erfahrungen mit der Behandlung von Kokainabhängigkeit im stationären
Therapiesetting

Anhang 5: Referat Esther Grichting, ISGF
Stand und Perspektiven von act-*info*-FOS und des act-*info* Gesamtprojektes,

Vorwort

Die Jahresbericht-Sitzung *act-info-FOS* zu den Daten 2005 war dem Spezialthema **Kokainabhängigkeit und Kokainbehandlung** gewidmet und wurde gezielt praxisnah gestaltet. Die Wahl des Themas erfolgte vor dem Hintergrund einer deutlichen Zunahme von Personen mit Hauptproblem Kokain in den letzten Jahren, wovon auch die stationäre Therapie betroffen ist. Die Jahresbericht-Sitzung bot wie immer auch eine Plattform, um Informationen zu laufenden Projektarbeiten vorzustellen und Fragen resp. Anliegen aus dem Publikum einzubringen.

Die Tagungsdokumentation enthält einen Überblick zu den einzelnen Beiträgen sowie im Anhang die Folienbeiträge.

act-info-FOS-Jahresstatistik 2005: Kokainbehandlung in stationärer Suchttherapie

Susanne Schaaf, ISGF (⇐ Anhang 1)

Die Spezialauswertung zu den *act-info-FOS*-Daten 2005 erfolgte zum Thema „Hauptproblemsubstanz Kokain – Opiate – Cocktail“ und ging der Frage nach, wie sich die drei Klientengruppen (jeweils Hauptproblem) voneinander unterscheiden. Das wichtigste Ergebnis der vergleichenden Auswertung besagt, dass die drei Personengruppen hinsichtlich der meisten Aspekte ähnliche Merkmalsausprägungen aufweisen (z.B. Alters- und Geschlechtsverteilung, Arbeitsintegration, Austrittssituation). Dennoch existieren signifikante Unterschiede, welche im Beitrag von Susanne Schaaf vorgestellt wurden. Die vom Publikum geäusserten Vermutungen zu Charakteristika der KokainklientInnen konnten anhand der Daten zum Teil bestätigt werden (Späteinstieg Konsum), zum Teil aber auch nicht (besserer beruflichen Hintergrund), teilweise liessen die *act-info-FOS*-Daten keine Aussage zu (z.B. zur ADHS-Problematik).

Angesichts des Hauptergebnisses – der weitgehenden Ähnlichkeit der drei Gruppen – waren in der Diskussion verschiedene Überlegungen zentral:

- Möglicherweise steht für die stationäre Therapie nicht die Substanz im Zentrum, sondern eine Gesamtsicht, die in erster Linie der verbreiteten Politoxikomanie sowie den Mehrfachbelastungen stationärer KlientInnen Rechnung trägt.
- Möglicherweise ergeben sich andere Profile, wenn man die Kokaingruppe nicht allein aufgrund der Hauptproblemsubstanz Kokain – und somit ungeachtet des allfälligen Konsums weiterer Substanzen – definiert. Insbesondere wäre zu prüfen, ob Personen ohne zusätzlichen Konsum (also „reine“ KokainistInnen) bzw. Personen ohne Konsum von Opiaten ein anderes Profil aufweisen. Eine Zusatzauswertung hierzu ist dem Anhang 1 beigelegt.
- Möglicherweise ergeben sich deutlichere Unterschiede bezüglich Ressourcen- und Defizitprofilen, wenn man Kokainabhängige in stationärer mit denjenigen in ambulanter Behandlung vergleicht; interessant wäre auch der Vergleich der Profile der stationären Kokainklientele über mehrere Jahre hinweg.

Kokain, Kokainismus – Phänomen, Besonderheiten, geeignete Interventionen, Anregungen für die stationäre Behandlung

Dr. med. T. Berthel, ipw (⇨ Anhang 2)

Toni Berthel, leitender Arzt ipw (Integrierte Psychiatrie Winterthur), eröffnete seinen Beitrag mit einigen zentralen Fragen, die sich im Hinblick auf die Behandlung von Kokainabhängigkeit stellen: Ist Kokainismus eine andere Sucht? Wenn ja, wie behandelt man eine Sucht? Wie behandelt man Kokainismus? Was behandeln wir, wenn wir behandeln? In seinem Referat ging er auf die Substanz Kokain und deren Wirkung ein, ebenso auf wichtige Elemente des Suchtgeschehens generell. Seine Ausführungen machten deutlich, dass Kokainismus unterschiedliche Konsummuster und Zielgruppen umfasst, was für die Wahl einer adäquaten Behandlungsstrategie von Bedeutung ist.

Aus Sicht der ambulanten Behandlung von Kokainismus erweist sich im Rahmen einer individualisierten Therapieplanung eine Kombination verschiedener Behandlungsansätze als geeignet. Psychotherapeutische Methoden (insbesondere kognitive und verhaltensorientierte Ansätze) und medikamentöse Behandlung sind mögliche Zugänge. Besonderes Augenmerk erfordert die Rückfallprophylaxe, und hohe Behandlungsfrequenz sowie aktive Teilnahme der PatientInnen sind wichtige Aspekte.

Die stationäre Behandlung von Kokainismus wird als Zäsur in einer langdauernden ambulanten Behandlung verstanden, womit der Vernetzung unter allen Beteiligten besonderes Gewicht zukommt. Zum Beispiel müsste Krisenintervention in einem stationären Setting kurzfristig möglich sein. Für eine stationäre Behandlung ausschlaggebend seien aber nicht Droge und Sucht, sondern die Ressourcen, die gefördert und die Defizite, die bearbeitet werden können.

In der Diskussion wurde die Medikation gegen das Craving aufgegriffen. Hier befindet man sich laut Aussagen des Referenten in einem Versuchsstadium (zahlreiche Medikamente in Erprobung), zumal eine einfache Indikationsstellung durch die Vielfalt an Einflussfaktoren erschwert wird. Auch der Einsatz von Antabus werde kontrovers diskutiert. Craving-Skalen wurden als nützliches Instrument erwähnt.

Erfahrungen mit der Behandlung von Kokainabhängigkeit im stationären Therapiesetting

Rahel Pfäffli, TG Melchenbühl (⇨ Anhang 3)

Nicole Schmid, Frankental (⇨ Anhang 4)

Zwei act-*info*-FOS-Einrichtungen mit einem bedeutenden Anteil von Personen mit Hauptproblemsubstanz Kokain waren bereit, ihre Erfahrungen mit der stationären Behandlung von Kokainabhängigen vorzustellen. Rahel Pfäffli berichtete über die Erfahrungen in der Gemeinschaft Melchenbühl, Nicole Schmid über diejenigen in der Suchtbehandlung Frankental.

Rahel Pfäffli ging auf unterschiedliche Merkmale von Kokainisten und Opiatabhängigen ein. Bei den KokainistInnen bezog sie sich auf jene beiden Personengruppen, die nur Kokain nehmen resp. zusätzlich zu Kokain und zu einem späteren Zeitpunkt Opiate konsumierten. Unterschiede wurden u.a. bezüglich Motivation, sozialer und beruflicher Integration, Alkoholkonsum und Beziehungsver-

halten geortet. R. Pfäffli stellte ausserdem konzeptuelle Überlegungen vor, die auf gewisse Eigenheit der Kokainklientele Rücksicht nehmen. So sei es besonders zu Beginn wichtig, ausreichend Strukturen zu schaffen, damit die Betroffenen zur Ruhe kommen (Schutzphase), und die Arbeit am Problembewusstsein und an der Motivation ins Zentrum zu stellen. *Im Vergleich zu Opiatabhängigen sei die Dynamik in der Gruppe hektischer, lauter und von mehr Konflikten geprägt*, was öfter ein beruhigendes und Grenzen setzendes Eingreifen erforderlich mache. Die hohe Energie dieser KlientInnen könne auch positiv in die Gruppe einfließen.

In der Diskussion wurde deutlich, wie die anfängliche Schutzphase von zwei Monaten konkret aussieht: kein unbegleiteter Ausgang, kein Besuch ohne Beisein von Betreuungsperson etc. Für KokainistInnen sei dies vor allem ganz zu Beginn schwierig, danach aber kaum mehr. Gemischte Gruppen (Opiat- und Kokainabhängige) werden als möglich und auch aus der Sicht der KlientInnen selbst als sinnvoll erachtet. Sie bieten zum Beispiel die Möglichkeit, Vorurteile abzubauen. Die relevante Frage sei die nach dem optimalen Verhältnis der Anzahl Opiat- und KokainklientInnen in einer Gruppe.

Nicole Schmid berichtete anschliessend über die Erfahrungen im Frankental, wo während der Eingangsphase substanzunabhängig vorgegangen wird. Ungeachtet der Problemsubstanz verläuft die Abklärungsphase für alle KlientInnen gleich: Abklärung von Störungen, Defiziten, Ressourcen, der Funktion der Sucht im Leben etc. Die Therapieplanung bezieht sich dann auf die individuelle Situation. Erst in der Therapie gibt es einen substanzbezogenen Unterschied, indem kognitive und verhaltensorientierte Methoden bei Kokainabhängigen in allen Phasen (stationär, teilstationär, ambulant) stärker eingesetzt werden, insbesondere im Hinblick auf die höhere Rückfallgefahr dieser Klientele. Die ambulante Nachbetreuung erfolgt mit einer höheren Frequenz und fokussiert immer wieder auf die Rückfallprophylaxe, zumal Kokain eine hohe Verfügbarkeit und (im Freizeitbereich) hohe gesellschaftliche Akzeptanz aufweist.

Psychotherapie stellt einen Schwerpunkt des Angebots im Frankental dar. Alle KlientInnen machen eine Psychotherapie, können den Therapeuten/die Therapeutin nach Möglichkeit wählen und werden möglichst von derselben Bezugsperson konstant über alle Therapiephasen hinweg begleitet. Auf ausreichende Sprachkenntnisse wird bereits bei der Aufnahme geachtet. So einige Ergänzungen aus der Diskussion.

Stand und Perspektiven von act-info-FOS und des act-info-Gesamtprojektes

Esther Grichting, ISGF (☞ Anhang 5)

Esther Grichting informierte über Stand und Perspektiven der Teilstatistik act-info-FOS sowie des act-info-Gesamtprojektes (auf Informationen zu den Spezialprojekten wurde aus Zeitgründen verzichtet). Im Vordergrund stand die enge Zusammenarbeit zwischen Teilstatistik und Gesamtprojekt. Die Umsetzung des nationalen Projektes in der Teilstatistik stellte einen zentralen Aufgabenschwerpunkt für act-info-FOS dar, ebenso die Mitarbeit auf Ebene des Gesamtprojektes hinsichtlich Datenlieferung, Konzeptfragen und Öffentlichkeitsarbeit.

Im Rahmen des act-info-Gesamtprojekts sind inzwischen alle relevanten Arbeitsinstrumente vorhanden (gemeinsamer Fragenkatalog, Erhebungsinstrumente in den Teilstatistiken, nationale Datenbank für die Kerndaten), und es bestehen Gremien zur Klärung von konzeptuellen wie auch

technischen Fragen (monatliche Koordinationssitzung der *act-info*-Projektgruppe, IT-Koordinationsplattform). In nächster Zukunft steht die erste Auswertungsrunde an, ebenso wie die Regelung der Datennutzung hinsichtlich der nationalen Datenbank (Richtlinien, Kommission zur Regelung der Zugriffsrechte). Mittel- und längerfristig sollen Auswertung und Präsentation weiterentwickelt, die Benutzbarkeit der Daten für die Praxis gefördert und der Erfahrungsaustausch zwischen Forschung und Praxis vermehrt gepflegt werden.

Im Rahmen von *act-info*-FOS sind die relevanten Abläufe inzwischen routinisiert und die Online-Datenerfassung ist breit eingeführt, sodass die Weiterführung der Klientendokumentation im gegebenen Rahmen routinemässig erfolgen kann.

In der Diskussion zeigte sich, dass der Nutzen der *act-info*-Daten für die Praxis nicht immer offensichtlich ist. Einzelne Teilnehmende sehen den jetzigen Fragebogen zu stark auf Substanzen und Substanzkonsum ausgerichtet, während z.B. Informationen zur psychischen Belastung fehlen. Bezüglich Informationen zur psychischen Belastung könnte *act-info*-FOS allenfalls ein entsprechendes Modul einführen. Vereinzelt wurde der Einbezug des kompletten ASI (Addiction Severity Index) in die Befragung gewünscht. Praxisrelevant wäre es ausserdem zu wissen, wo und wann die ehemaligen KlientInnen allenfalls wieder in Behandlung kommen. Das Verfolgen individueller Bewegungen im Behandlungssystem war bereits im Vorjahr Gegenstand von Diskussionen, wobei damals ethische Bedenken im Vordergrund standen.

Von Seiten des BAG wurde der bereits existierende Nutzen des jährlichen Vergleichs der Institutionsdaten mit den Gesamtdaten hervorgehoben. Als Möglichkeit wurde auch genannt, die Daten verschiedener Institutionen miteinander zu vergleichen – ein Vorgehen, das die Anfänge des Forschungsverbundes prägte, dann aber angesichts der zunehmenden Grösse des Verbundes aufgegeben wurde. Alternativ wäre der Vergleich von Extremwerten denkbar.

Inwiefern die vorhandenen Daten durch andere Stellen genutzt werden, zum Beispiel für die Suchtprävention, war Gegenstand einer weiteren Frage. Grundsätzlich sind die *act-info*-FOS-Daten allen Interessierten zugänglich, ambulante Stellen erhalten jährlich eine Zusammenfassung. Auf Wunsch können auch Spezialauswertungen zu interessierenden Fragestellungen in Auftrag gegeben werden.

Zürich, im April 2006

Koordinationsstelle *act-info*-FOS

Anhang 1

act-info-FOS-Jahresbericht-Sitzung

Zürich, 16. März 2006

13.45 h	Begrüssung act-info-FOS Jahresstatistik 2005: Hauptproblemsubstanz Kokain – Opiate - Cocktail Susanne Schaaf lic, phil. ISGF
14.15 h	Kokain, Kokainismus – Phänomen, Besonderheiten, geeignete Interventionen, Anregungen für die stationäre Behandlung Dr.med. Toni Berthel, leitender Arzt ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur
15.00 h	Pause
15.30 h	Erfahrungen mit der Behandlung von Kokainabhängigkeit im stationären Therapiesetting Nicole Schmid (Frankental), Rahel Pfäffli (Melchenbühl)
16.15 h	Stand und Perspektiven von act-info-FOS und des act-info-Gesamtprojektes Esther Grichting lic.phil. ISGF
16.45 h	Ende der Veranstaltung



Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung



1

Jahresstatistik 2005

56 act-info-FOS-Einrichtungen

53 an Datenerhebung 2005 beteiligt

	Eintritte 2005	Austritte 2005
Deutsch-CH	482 (66%)	411 (64%)
Franz. CH FR NE GE VD VS	186 (25%)	140 (26%)
Italienische CH	64 (9%)	53 (9%)
gesamt	732 (100%)	604 (99%)

2005: 14 Eintritte weniger als 2004

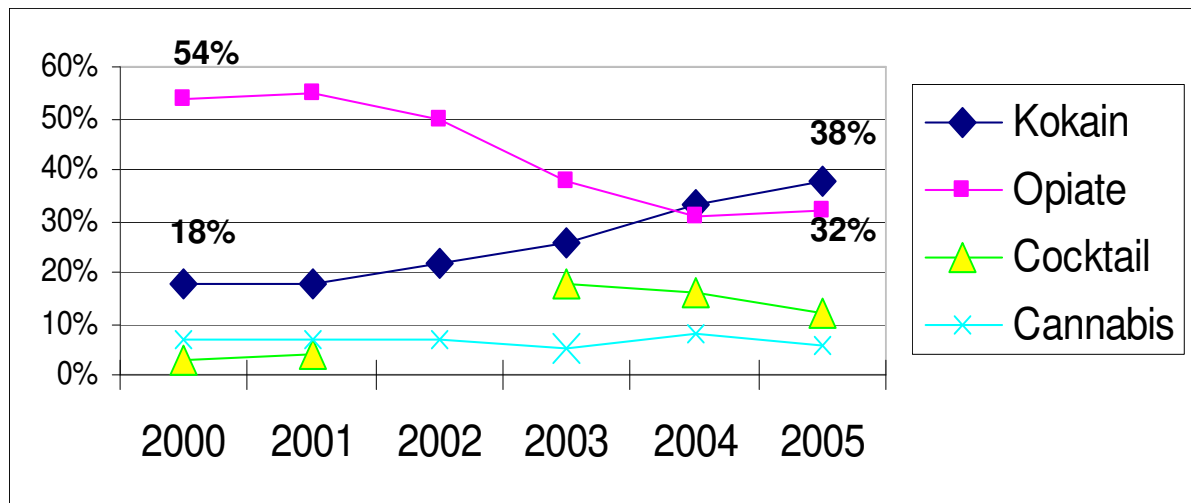
2005: 79 Austritte weniger als 2004



Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung

2

Hauptproblemsubstanz bei Eintritt in stationäre Therapie 2000 - 2005



Fragestellung: Wie unterscheiden sich die KlientInnen mit Hauptproblem Kokain, Opiate bzw. Cocktail voneinander bei Therapieeintritt und -austritt?

Ans Publikum: Was zeichnet Ihrer Meinung nach die Gruppe der „KokainklientInnen“ in stationärer Therapie aus?

Wichtigstes Ergebnis:

Hinsichtlich der meisten Aspekte weisen die drei Personen-
gruppen ähnliche Ausprägungen auf, z.B. betreffend Alters- und
Geschlechtsverteilung, Arbeitsintegration, Austrittssituation u.ä.

Es gibt aber einige signifikanten Unterschiede...

Personen der Kokaingruppe (Eintritte N=267, Austritte N=197)

- sind häufiger in Einrichtungen der Suisse romande in Behandlung (Romandie 60% - Deutschschweiz 41% - Ticino 52%)
- haben weniger Erfahrung mit Substitutionsbehandlung (keine Erfahrung: Kokain 45% - Opiate 34% - Cocktail 31%)
- haben später mit dem regelmässigen Konsum ihrer Problemsubstanz begonnen (Kokain 22,5 J – Opiate 20,2 J – Cocktail 19,8 J)
- haben seltener Benzodiazepine konsumiert (Kokain 22% - Opiate 36% - Cocktail 38%)
- haben neben Kokain folgende Problemsubstanzen zusätzlich konsumiert: zu 54% Heroin, 27% Cocktails und 46% Cannabis (Mehrfachantw)
- haben seltener einen HIV-Test sowie Hepatitis B und C-Tests durchgeführt
- haben häufiger eine Anschlusssubstitution erhalten (Kokain 27% - Opiate 19% - Cocktail 10%)
- haben bei Austritt zu 41% Alkohol konsumiert, zu 27% Heroin und zu 63% Kokain (Mf)



Personen der Opiatgruppe (Eintritte N=229, Austritte N=170)



- keine signifikante Besonderheiten in dieser Gruppe bei Eintritt
- haben neben Opiaten folgende Problemsubstanzen zusätzlich konsumiert: zu 36% Cocktails, zu 67% Kokain, zu 36% Benzos und zu 49% Cannabis (Mehrfachantw)
- geben bei Austritt seltener an, Substanzprobleme zu haben (keine Substanzprobleme: Opiate 12% - Kokain 6% - Cocktail 4%)
- haben bei Austritt zu 45% Alkohol konsumiert, zu 61% Heroin, zu 32% Kokain und zu 34% Cannabis (Mehrfachantw)

Personen der Cocktailgruppe (Eintritte N=83, Austritte N=81)



- sind häufiger in Einrichtungen der Deutschschweiz in Behandlung (Deutschschweiz 19% - Suisse romande 6% - Ticino 7%)
- haben häufiger mehrfache Entzugsversuche hinter sich (Cocktail 56% - Kokain 32% - Opiate 34%)
- erhalten bei Eintritt seltener eine parallele Substitutionsbehandlung (Cocktail 11% - Kokain 26% - Opiate 24%)
- haben ihre Problemsubstanz in den 30 Tagen vor Therapieantritt häufiger fast täglich bis mehrmals täglich konsumiert (Cocktail 79% - Kokain 60% - Opiate 40%)
- haben ihre Problemsubstanz häufiger je injiziert und auch häufiger in den letzten 30 Tagen vor Eintritt (Cocktail 71% - Kokain 42% - Opiate 31%)
- haben bei Austritt häufiger injiziert (Cocktail 31% - Kokain 21% - Opiate 11%)
- haben in den letzten 30 Tagen vor Austritt zu 51% Alkohol konsumiert, zu 45% Cocktail, zu 46% Heroin und zu 34% Kokain

Zusammenfassung und Fragen

- Die massive Zunahme des Kokainkonsums zeigt sich auch bei der Klientele in der stationären Therapie: Der Anteil Personen mit Hauptproblem Kokain hat von 18% im Jahr 2000 auf 38% im Jahr 2005.
- Die Kokaingruppe weist in den meisten Aspekten ähnliche Ausprägungen auf wie die Opiat- und die Cocktailgruppe.
- Welche Rolle spielt die Hauptproblemsubstanz im Rahmen stationärer Behandlung? > mögliche Folge der Polytoxikomanie und Mehrfachbelastung stationär behandelter KlientInnen > Gesamtsicht statt Substanzorientierung
- Vergleich zwischen Kokainabhängigen in ambulanter und stationärer Behandlung > vermutlich erhebliche Unterschiede bezüglich Ressourcen- und Defizitprofilen
- Stationäre Therapie kann bei Bedarf auch bewährte medizinische und verhaltenstherapeutische Elemente berücksichtigen.

Anhang 2

Kokainismus in der ambulanten und stationären Suchthilfe: Phänomene – Intervention - Evidenz

Jahresbericht-Sitzung FOS
16. März 2006, Zürich

Dr. med. T. Berthel, stv. CA ipw
Schweizerische Gesellschaft für Suchtmedizin SSAM

Kokainismus

Wichtige Fragen

- Ist Kokainismus eine andere Sucht?
- Wenn ja,
 - wie behandelt man eine Sucht?
 - wie behandelt man Kokainismus?
 - was behandeln wir, wenn wir behandeln?
 - was wollen wir bewirken, wenn wir behandeln?

Inhalt

- Einleitung
- Substanz
- Wirkung, Wirkort, Hirnprozesse
- Suchtmechanismen, allgemein, Kokain
- Interventionsstrategien, allgemein, Kokain
- ambulant - stationär



Kokain und Sport

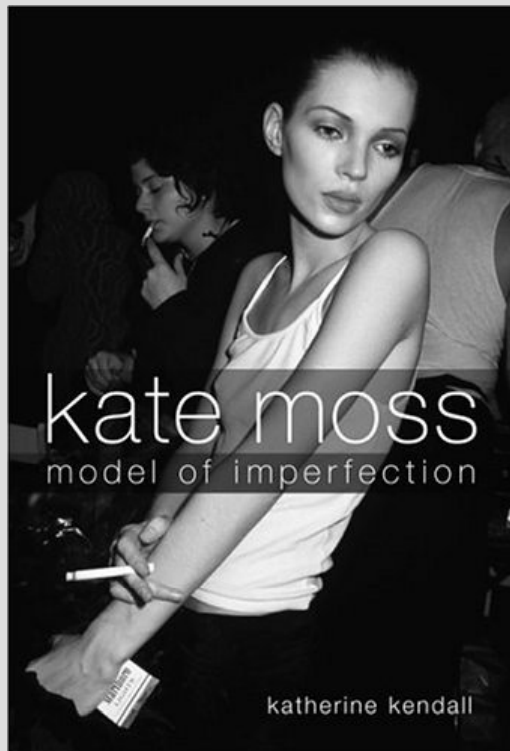
Bild links: Mondial, New series, issue 9, December 1980 (Diego Maradona)

Bild rechts: Internet, ohne Quellenangabe

Bild unten: Internet, ohne Quellenangabe



Helden der Landstrasse



Models and Cocaine

Bild: Buchcover: Kate Moss: Model of Imperfection



Goldküste Switzerland

Drogen



Kokain



Amphetamine

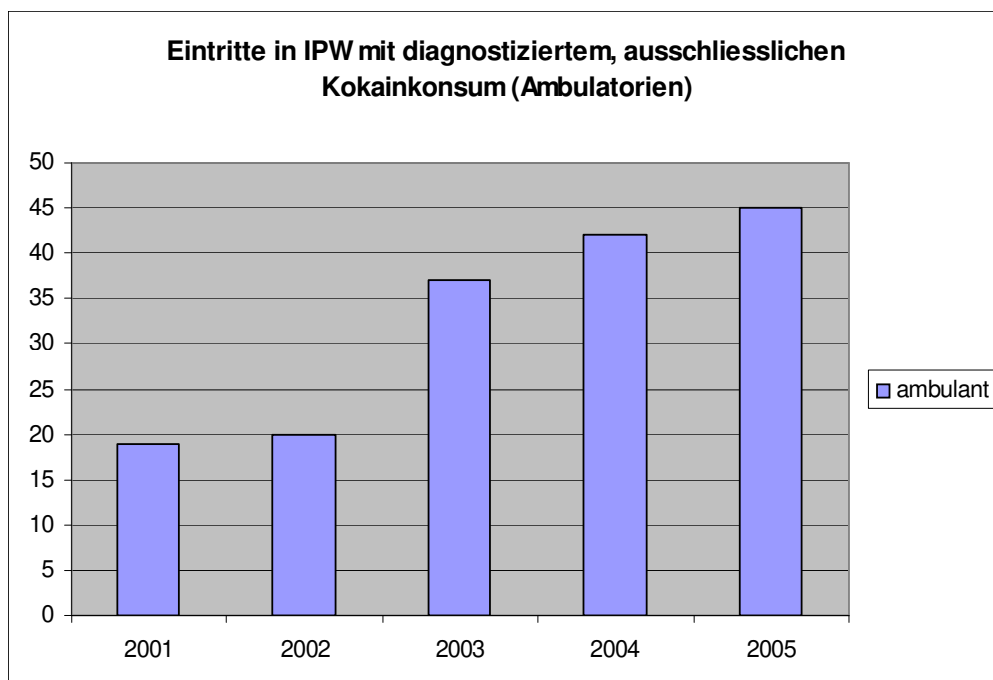


GHB – Liquid Ecstasy

	Kokain	Heroin	Cannabis	Alkohol
Lifetime (LP)	2.1	0.3	15.6	90.2
>25Mal (%LP)	22.7	24.3	33.1	88.4
Letzter Mt (%LP)	10.0	10.2	15.8	81.4
>20 Tg im ltz. Mt (%LP)	1.8	?	25.6	24.3

Kokainkonsum (n. Schippers 2002)

Statistik



Kokain - Die Substanz, die Wirkung

Kokain-HCL (Salz)

- Schnupfen
- Injizieren
- (Schlucken)



Kokain – Die Substanz

Umwandlung mit
Natrium-Bicarbonat
[NaHCO₃]

– „Crack“

Umwandlung mit
Ammoniak [NH₃]

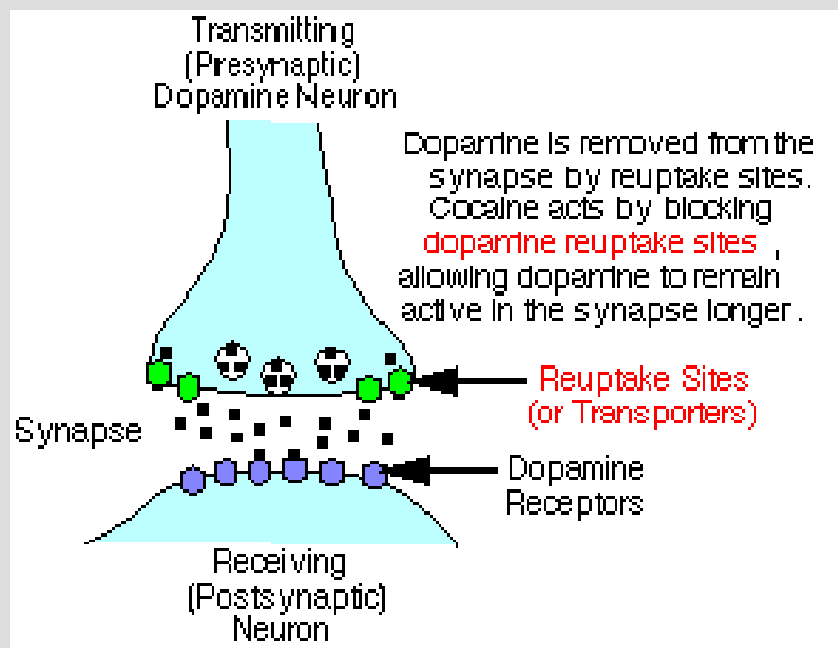
– „Base“



Freie Kokainbase (Rauchform)

- Hemmt die Wiederaufnahme von Dopamin
- Stimulation des ZNS
 - Antriebssteigerung, Euphorie
- Hemmt Wiederaufnahme des Noradrenalins
 - Erhöhung des BD

Kokain

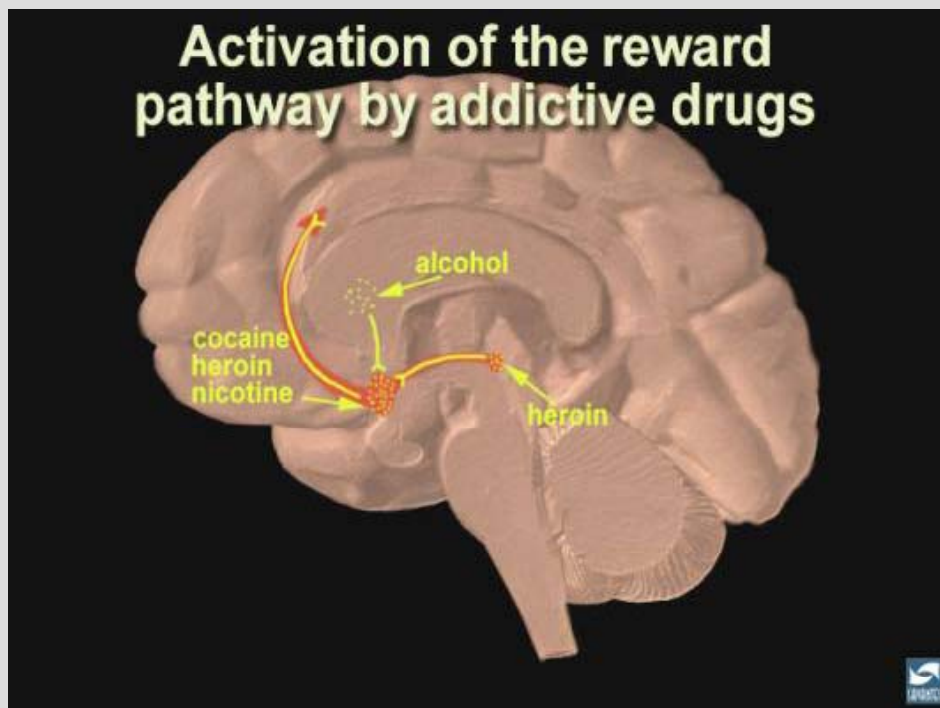


Mechanism of Action of Cocaine at Dopamine Synapse

Transmittoren

Funktion von Dopamin

- Den Organismus wach machen für neue Stimuli und Förderung der Neuroplastizität (lernen)
- Den Organismus wach machen für das Erscheinen von bekannten, für die Motivation relevanten Ereignissen, auf der Basis von Gelerntem (Umweltstimuli) (abrufen von Gelerntem)



Reward System

Kokainismus – Konsummuster und Zielgruppen

- KokainistInnen der Party-Szene
 - über 30 J., gut integriert
 - unter 30 J., Ecstasy als Hauptdroge
- Polytoxikomane in der offenen Drogenszene:
Heroin Primärdroge, Kokain je nach Preis
- Polytoxikomane in ärztlicher Behandlung:
in Methadonprogramm zusätzlich Crack,
Freebase, Injektion von Kokain

Konsum-Typen (isf, 2004)

- Monokonsum
 - integriert / desintegriert
 - Binge Pattern / Non-Binge Pattern
 - komorbid / nicht komorbid
 - Applikationsart
- Gebrauch verschiedener Substanzen
 - Opiate
 - Alkohol
 - Applikationsart
- Problematischer Konsum
- Konsum ohne Leidensdruck
- Konsum mit Leidensdruck

Formen des Konsums (n. Stohler 2004)



Konsummuster und Funktion

Genusskultur

unauffälliger Konsum,
Rekreativkonsum,
positive Wirkung
subgruppenspezifisch



problema-
tischer Konsum,
Problemlöser



schädlicher
Konsum
Abhängigkeit

Kokain: Zielgruppen

- soziale Kriterien (gut Integrierte, sozial Marginalisierte)
- Konsumformen (iv, sniffen, rauchen, Monokonsum, Mehrfachkonsum, binge – non-binge, Base etc.)
- zusätzliche Krankheiten und Störungen
- Mehrfachabhängigkeit
- Begleit- und Folgekrankheiten

Was ist Sucht? Besonderheiten

- Zentrale Besonderheit:
 - Anhaltende Vulnerabilität für Rückfälle auch nach Jahren von Abstinenz
 - Vulnerabilität entsteht im intensiven Wunsch nach der Droge und der verminderten Fähigkeit diesen Wunsch zu kontrollieren
- Frage:
 - Weshalb lässt sich diese Vulnerabilität mit keinem der bisherigen Modelle ausreichend erklären?
 - Weshalb lässt sich diese Vulnerabilität mit keinem der bisherigen Modelle ausreichend behandeln?

Was ist Sucht? Diagnostik

Diagnostik ICD-10

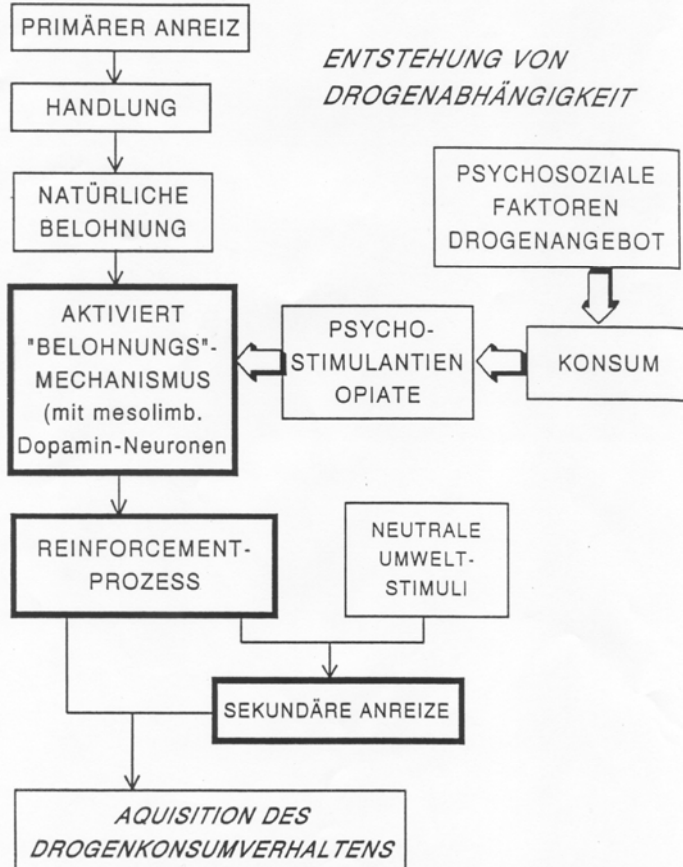
- Dosissteigerung
- Kontrollverlust
- Entzugerscheinungen
- Wirkungsverlust, Toleranzentwicklung
- Einschränkung der persönlichen Entwicklung
- Konsum trotz negativer Folgen

Psychologische Theorien

Psychologische Modelle

- Versuch, ein auf die Beschaffung und den Konsum einer Substanz ausgerichtetes Verhalten zu beschreiben und teilweise erklären zu wollen.

Normaler Lernprozess
(operante Konditionierung)



Wie entsteht
Abhängigkeit?

Was ist Sucht?

- Das Suchtgeschehen im engeren Sinne ist ein Prozess der im Gehirn stattfindet
- Sucht ist ein Zustand, der initiiert wird durch die qualitativ unterschiedliche und breitere Bedeutung, die die Droge erhält.
- Sie ist eine Folge von Adaptionen in den Kreisläufen des Gehirns (Belohnung, Motivation/ Drang, Erinnerung und Kontrolle).
- Es kommt zu lange überdauernden Anpassungen auf zellulärer Ebene.

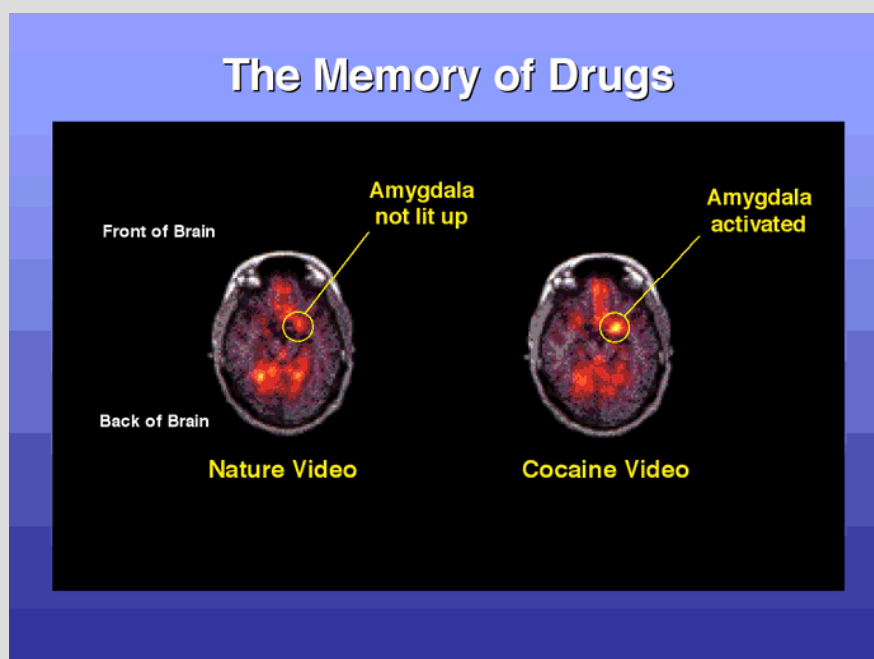
Was ist Sucht?

- A) Anpassungen in Zellen des Nucleus accumbens, die die präfrontalen Bereiche innervieren (Glutamat), fördern den zwanghaften Charakter des Drangs nach Drogen,
- B) bei verminderter Bedeutung von natürlichen Belohnungsmechanismen,
- C) verminderter kognitiver Kontrolle und
- D) gesteigerter glutamerger Antwort auf drogen-assoziierte Stimuli.

Hirnareale

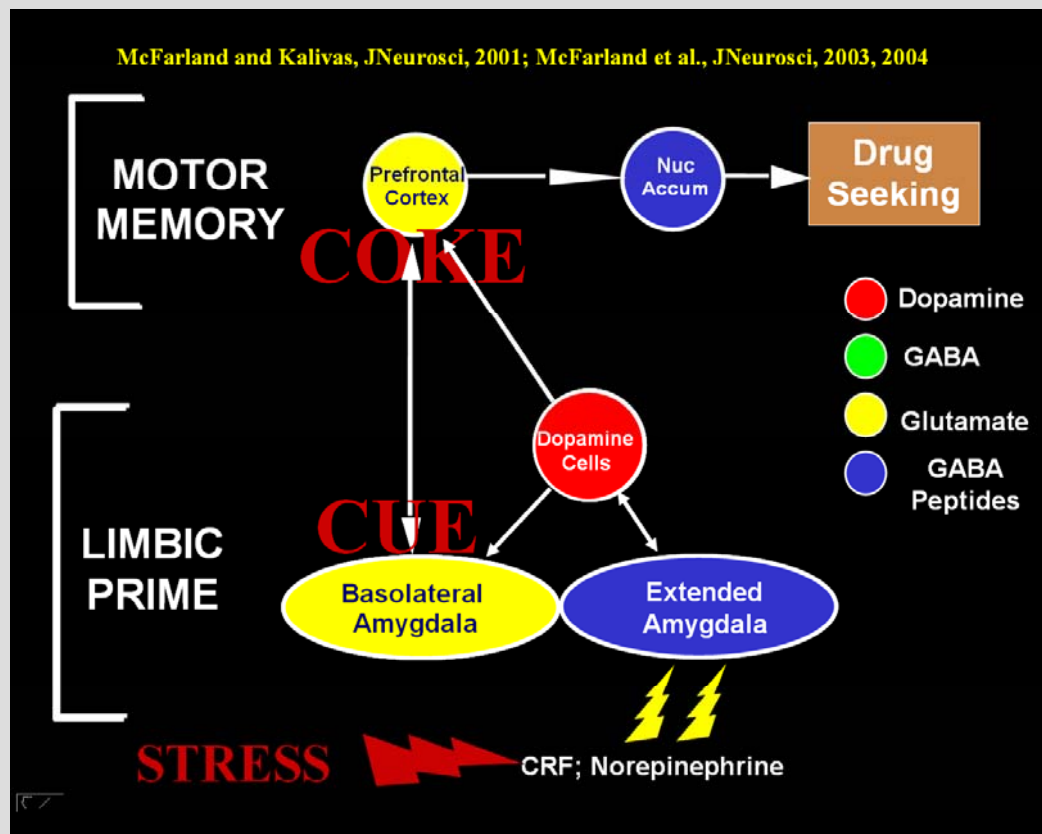
- Ventral tegmental area
 - Von hier aus gehen Fasern, die Dopamin freisetzen (Motivation, Belohnung)
- Amygdala
 - involviert in von Angst ausgelöstem Verhalten
- Prefrontal cortex
 - bestimmt die Intensität der Verhaltensantwort
- Nucleus accumbens
 - Beziehung zu Belohnung und Motivation

Droge und Erinnerung



Verbindungen des Belohnungssystems

- Riech-Hirn (Schlüsselreize)
- mesolimbisches System
 - Gedächtnis
 - Gefühle
- Stirn-Hirn
 - bewusste Wahrnehmung
 - Entscheidung



Sucht und Interventionen

- Was behandeln wir?
- allgemeine Prinzipien der Suchtbehandlung
- Interventionsstrategien

Interventionen

Was behandeln wir?

- Sucht? (was ist das? Wie behandeln wir Sucht?)
- soziale Kompetenz?
- Unterstützung bei der Individuation?
- Unterstützung bei der Sozialisation?
- Strategien zur Konfliktlösung?

Therapeutische Konsequenzen

- Interventionen, die die Belohnungsbedeutung der Droge reduzieren (Medikamente, die mit der Drogenwirkung interferieren oder unerwünschte Effekte auslösen)
- Interventionen, die andere Verstärker verstärken (natürliche Verstärker, alternative Verhalten)
- Interventionen, die erlernte Antworten auf die Drogen schwächen (Verhaltenstherapien, die die positiven Assoziationen auslöschen)
- Interventionen, die die Kontrollfunktion des Frontalhirnes stärken (kognitive Therapie)

Medikamentöse Optionen

Substanzen, die...

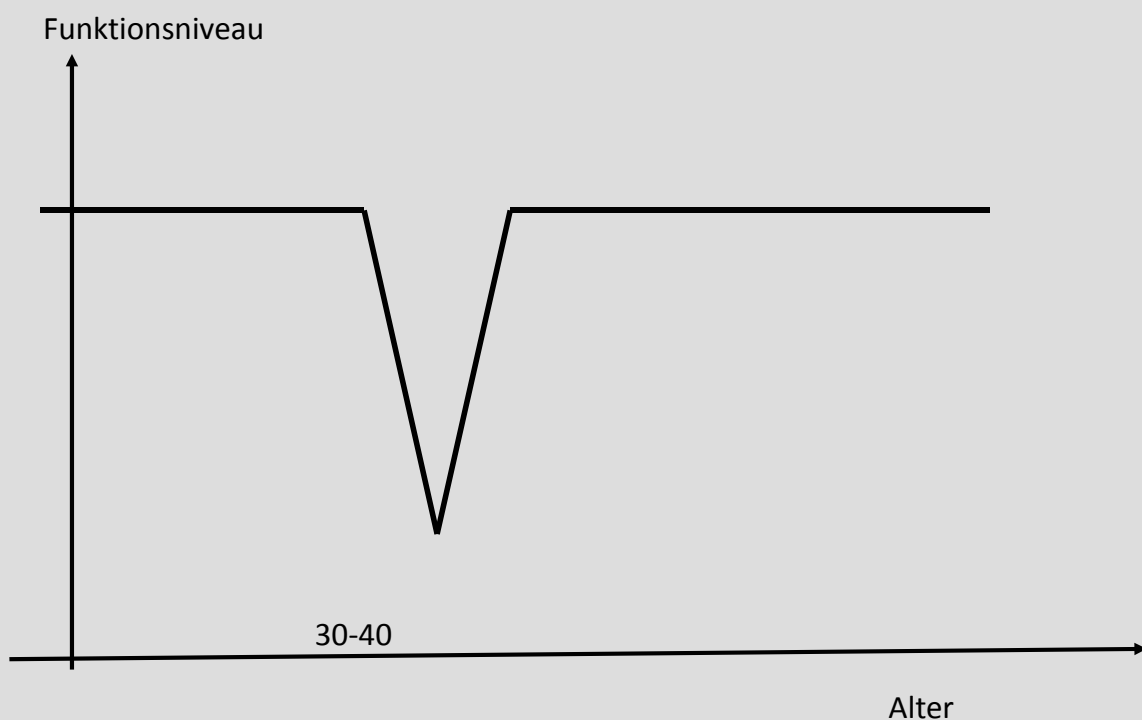
die motivierende Bedeutung der Droge reduzieren
andere Verstärker unterstützen oder in den
Vordergrund stellen

die konditionierende Antworten zu stimulierenden
Reizen unterdrücken

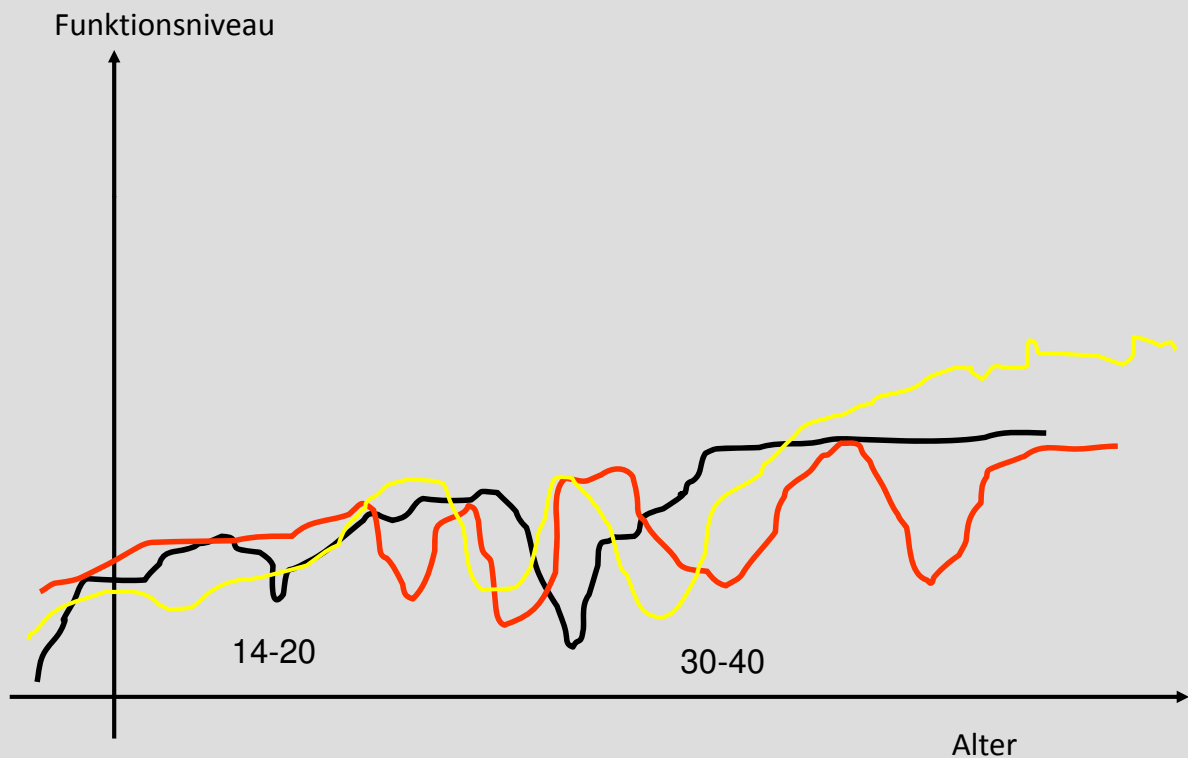
Behandlung des Kokainismus

- Kokainismus - Polytoxikomanie
- Behandlungsziele
- Behandlungsstrategien
 - Craving
 - Relapse Prevention
 - kognitiv-behaviorale PT
 - hohe Frequenz

Kokainismus



Heroin, Polytoxikomanie



Kokain: Ziele der Behandlung, Anforderungen an die Behandlung

- Erhalt der Gesundheit
- Wiedererlangung der Gesundheit
- soziale Integration und Partizipation
- individuelles Wohlbefinden
- flexible, individualisierte Ziele

Abstinenz, kontrollierter Konsum, Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen

- Akutphase, Postakutphase

Welche Behandlung verspricht Erfolg?

Psychotherapeutische Methoden

- Cognitiv Behavioral Therapy (CBT)
- Contingency Management
- Community Reinforcement Approach (CRA)
- Behaviorale und kognitive Verfahren
- Etc.

Behandlungsstrategie

- individueller, multimodaler Behandlungsplan
- intensive Behandlung, hohe Frequenz
- Rückfallprophylaxe
- Medikamente
- Psychotherapie
- aktive Teilnahme des Patienten, der Patientin

Kokainsprechstunde - Kernelemente

Identifizierung der individuellen Hochrisikosituationen
(Auslöser für Craving, d.h. das Verlangen nach Kokain)

Erarbeitung von entsprechenden Coping-Strategien

Aktivierung von alltäglichen Hilfesystemen

-> Reduktion der Konsumwahrscheinlichkeit

-> Erhöhung des Selbstwirksamkeitsgefühls

Stadt Winterthur



ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur

Kokainsprechstunde - Indikation

Indikation

Erkennbare und durch den Betroffenen beschreibbare, hohe Funktionalität des Kokainkonsums

Kontraindikation

m.E. beim vorliegenden Konsum von anderen Substanzen (ausser Alkohol und Cannabis) sowie bei akuten Psychosen. Mit Einschränkungen sind nicht behandelte schwere affektive Erkrankungen kontraindiziert.

Menschen mit nur sporadischem Kokainkonsum und/oder geringem Leidensdruck bzw. geringer Therapiemotivation eher ungeeignet

Aufnahmeprozedere

Niederschwellig und möglichst keine Wartezeiten

Wenn möglich gleich beim telefonischen Erstkontakt oder am gleichen Tag
Behandler und Termin vereinbaren

Betroffene sollen sich möglichst selber anmelden

Stadt Winterthur



ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur

4 Behandlungsphasen

Stabilisierung und Krisenintervention

1-3 Wochen

frühe Abstinenz

3 Wochen – 2 Monate

Rückfallprävention

2 – 6 Monate

Erholungs-/ Abschlussphase

Stadt Winterthur

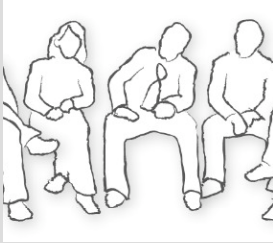


ipw Integrierte Psychiatrie Winterthur

Therapiestrategien in der Kokainismusbehandlung

Kombination von verschiedenen Behandlungsansätzen (individueller Behandlungsplan)

- Motivational Interviewing
- hohe Frequenz, intensive Behandlung
- Cravingskalen, Rückfallprophylaxe
- Medikamente (Suchtprozess, Komorbidität)
- Abstinenzphase (auch Alkohol)
- Aktive Teilnahme des Patienten, der Patientin
- Psychotherapie (CM, CBT, CRA)



Ausmass des Craving

- Gib an, wie stark Dein Wunsch war, in den letzten 24 Stunden Kokain zu konsumieren.
- Stell Dir vor, Du seiest in einer Umgebung, in der Du früher Drogen oder Alkohol konsumiert hast. Wenn Du heute in dieser Umgebung wärst, welches ist die Wahrscheinlichkeit, dass Du Kokain konsumierst?
- Gib an, wie stark Dein Drängen nach Kokain ist, wenn etwas in der Umgebung Dich daran erinnert.
- Gib an, wie stark Dein Wunsch nach Kokain jetzt ist.
- Gib an, wie häufig das Drängen, Kokain zu konsumieren, in den letzten 24 Stunden war.

Relapse prevention

- Erkennen von Rückfallsituationen
- Meiden dieser Problemsituationen
- Erlernen alternativer Problemlösungsstrategien
- Craving Skalen (regelmässig einsetzen)

Neuropharmakologische Möglichkeiten:

Neuropharmacologie Actions of Selected Stimulants

	Catecholamines		Serotonin		MAO Inhibition	Na Channel Blockade
	Reuptake Blockade	Presynaptic Release	Reuptake Blockade	Presynaptic Release		
<i>Amphetamine</i>	++	+++	+	+	+	0
<i>Cocaine</i>	+++	+	+++	+	0	+++
<i>Ephedrine</i>	+	++	0	0	0	0
<i>Mazindol</i>	+++	0	+	0	0	0
<i>Methamphetamine</i>	++	+++	+	+++	+	0
<i>Methylphenidate</i>	+++	0	+	0	0	0
<i>Pemoline</i>	+	+	0	0	?	0
<i>Phentermine</i>	+	++	0	0	+	0

Behandlung des Kokainismus (n. Berthel 2004)

Zeitlicher Ablauf	Kokain, Suchtgeschehen	Symptome	Familie	Soziales	Psychotherapie
1.	Problembewusstsein	Erfassen	Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakte zu allenfalls anderen Sozialtätigen schaffen • Information 	Individuelle Motivationsarbeit Veränderungswünsche unterstützen
2.	Viele Kurzkontakte <ul style="list-style-type: none"> • Informationen • Verhaltensanalyse • Cravingsituationen • Risikosituationen eruieren • Konsummuster • Alternative Verhalten fördern und unterstützen (<i>Voucher</i>) • Neue Verhaltensmuster • Urinproben • Kokainabstinenz • Alkoholabstinenz 	Erkennen der Co-morbidität Medikamentöse Behandlung <ul style="list-style-type: none"> • Depression • ADHD • Psychot. Symptome 			Motivationsarbeit (MI) Psychoedukation Kognitive, Verhaltensmuster etc.
3.			Miteinbezug <ul style="list-style-type: none"> • PartnerIn • Familie als Ressource • etc. 		
4.				Schuldensanierung Finanzverwaltung <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitgeber • Freizeit 	
5.					Erst nach Stabilisierung des Suchtgeschehens <ul style="list-style-type: none"> • Konfliktbearbeitung • Familientherapie

Behandlung der Polytoxikomanie (n. Berthel 2004)

Zeitlicher Ablauf	Kokain, Heroin, Benzo, Alkohol, Suchtgeschehen	Symptome	Familie, Partnerschaft	Soziales	Psychotherapie
1.	Problembewusstsein schaffen Informationen	Erfassen	Information	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakte zu allenfalls anderen Sozialtätigen schaffen • Information 	Motivationsarbeit (MI)
2.	Beeinflussung durch <ul style="list-style-type: none"> • Alkoholblasteste • Beurteilung der Verladenheit • „Halbierung“ Heroin, Methadon • Weniger problematische Medikamente • Risikosituationen • Verhaltensanalyse • Förderung weniger schädlicher Verhaltensweisen • Alkoholabstinenz • Kokainabstinenz 	Erkennen der Co-Morbidität Medikamentös Behandlung <ul style="list-style-type: none"> • Depression • ADHD • Psychot.Symptome • Schlafstörung • Tag-Nacht-Rhythmus • Ängste • etc. 		Tagesstruktur analysieren und nach Möglichkeit verändern	Motivationsarbeit (MI) Psychoedukation Veränderungswünsche unterstützen
3.			Miteinbezug, Unterstützung durch positive Verstärkung etc.		
4.				Schuldensanierung Finanzverwaltung	Erst nach Stabilisierung des Suchtgeschehens Vorerst am ehesten supportive Behandlung
5.					Erst nach Stabilisierung auf mehreren Ebenen und Bereichen ist allenfalls eine weiter gehende Psychotherapie angezeigt

Schlussfolgerungen

- umfassende Abklärung
- Behandlung auf mehreren Schienen
 - MI, Craving, Medikamente, Psychoth., Soziale Unterstützung
- individueller Behandlungsplan
- Komorbidität behandeln (Stimmung, PTSD, ADHD)
- Alkoholkonsum muss besonders beachtet werden
- Einsatz von Craving-Skalen
- Anpassung der Psychotherapiemethoden (CBT, CM, CRA, Vouchers, Craving)

stationär versus ambulant

- Wahl des stationären Settings nicht abhängig von Droge und Sucht, sondern von Ressourcen, die geweckt werden, oder von Defiziten, die bearbeitet werden können
- Bei Monokokainismus ist stationär v.a. eine kurzzeitige Krisenintervention notwendig (allenfalls mehrmals)
- KokainistInnen sind sich in der Regel einen anderen Lebensstil gewohnt, als er in bestehenden stationären Therapiegemeinschaften angeboten wird (****-Küche, ****-Hotel, klare Zielformulierungen, höhere Eigenkompetenz)

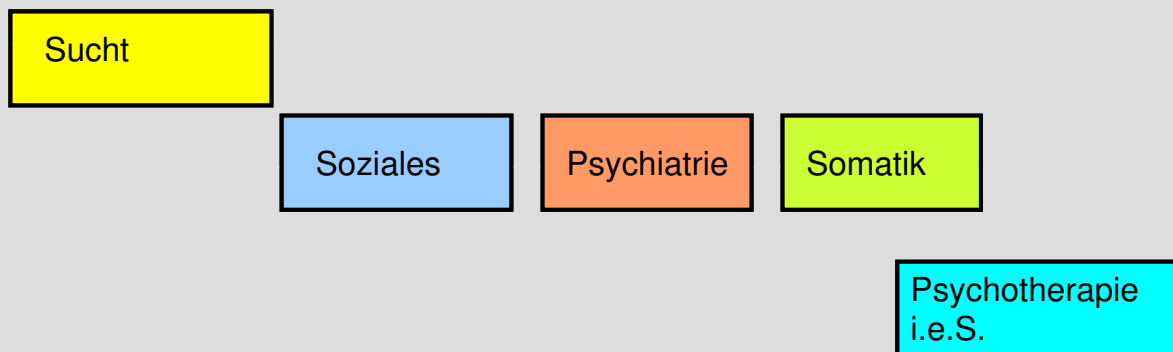
Grundsätze der Behandlung

- Eine stationäre Behandlung ist eine Zäsur in einer langdauernden ambulanten Behandlung.
- Eine stationäre Einrichtung soll eine „Servicestelle“ für die ambulanten Einrichtungen sein. Auftrag an stationäre Einrichtung durch Zuweiser, der auch wieder Nachbehandler ist
- Arbeit mit Substanzabhängigen ist eine Netzwerkarbeit. Niemand darf daher für sich beanspruchen, der Nabel dieser Welt zu sein. Keine Theorie ist der „Kraftort“ einer Behandlung.
- Kriseninterventionen müssen kurzfristig möglich sein (stat. Rehab. – stat. Klinik, amb. – stat. Rehab., amb. - stat. Klinik)

Übergriffe in der Behandlung

- Unterwerfung unter religiöse/weltanschauliche Prinzipien
- erotische Beziehung zwischen Behandler und KlientInnen
- Verpflichtung zur Einordnung in Lebensform mit alternativem Touch (Landwirtschaft, „Wolle, Seide, Bast“)
- Nicht evidenzbasierte Interventions- und Psychotherapiemethoden

differentielle integrative Interventionsstrategie



Kokainismus

Kokainsprechstunde

- Sucht
 - Verhalten
 - Craving
 - Handy
 - Kurzintervent.
 - Etc.
- Beziehung
 - Paargespräche
- Arbeit
- Freizeit
- Psychiatrie
 - Antidepressiva

Schuldenberatung

Kokain: Zusammenfassung

- Substitution und Kokain
- aktiv, direktiv, strukturiert, manualisiert
- verhaltenstherapeutische Interventionen sind wirksam
- intensive Behandlung zu Beginn und in Krisensituationen
- ambulant vor stationär ist kosteneffektiver (bei gut strukturierten PatientInnen)
- individuelle Behandlungsplanung
- integrierte, interdisziplinäre Interventionen

„Vielleicht ist Willensfreiheit
(...) in ihrer vollkommenen
Ausprägung eher ein Ideal
als eine Wirklichkeit“
(Peter Bieri)





Erfahrungsbericht 1 Gemeinschaft Melchenbühl

Rahel Pfäffli

1. Unterschiedliche Merkmale von KokainistInnen und Opiatabhängigen

- Die Motivation zu einer Veränderung ist bei Kokainabhängigen weniger gegeben.
- Kokainabhängige sind oder waren sozial integrierter und meist längere Zeit im Arbeitsmarkt eingebunden.
- Wahrnehmung des Selbstbildes: Kokainabhängige sind in ihrer Bereitschaft zur Therapie oft ambivalent, sie haben das Gefühl, die Substanz unter Kontrolle zu haben.
- Alkoholkonsum: Nebst Kokain wurde meist sehr viel und hochprozentiger Alkohol konsumiert. Alkoholkonsum ist der Hauptauslöser eines Rückfalles.
- KokainkonsumentInnen geben sich einen höheren Status als den OpiatkonsumentInnen. Sie kommen meist aus einem anderen Milieu und bewegten sich weniger auf der «Gasse».
- Kokainabhängige leben generell in einer grossen Hektik. Sie wollen von Anfang an sehr viel und kommen nicht zur Ruhe.
- Kokainabhängige benötigen mehr Zeit, mit dem Betreuungsteam in Beziehung zu kommen. Sie verstecken sich oft hinter einer Fassade.

2. Besonderheiten in der KlientInnendynamik

- Die Dynamik auf der Gruppe wird hektischer, akustisch wird es deutlich lauter.
- In der Gruppe entstehen mehr Konflikte.
- Kokainabhängige brauchen mehr Zeit, mit ihren MitbewohnerInnen in Beziehung zu kommen. Die Beziehungen sind anfangs oft oberflächlich.

- Kokainabhängige haben viel Energie. Diese Energie kann in der Gruppe auch positiv eingebracht werden

3. Folgen

- mehr Auseinandersetzungen in der Gruppe
- es müssen mehr Grenzen gesetzt werden
- vermehrt müssen Situationen beruhigt werden

4. Konzeptuelle Überlegungen

- Eine Integrationsphase (Schutzphase) von zwei Monaten mit klaren Strukturen, um zur Ruhe zu kommen.
- In dieser ersten Phase ist es wichtig, das Problembewusstsein der KlientInnen hervorzu- bringen, um die Motivation zu einer Veränderung zu stärken.
- Therapiephase 1 (zeitlich individuell): Erfordert vermehrt Flexibilität, weil zum Teil während dieser Zeit Ausbildungen oder Weiterbildungen begonnen werden. Wichtig! Gute Vernetzung mit dem Arzt/ der Ärztin wegen eventueller Medikation
- Therapiephase 2, teilstationär (zeitlich individuell): Alkohol wird zu einem zentralen Thema.

5. Anpassungen

- Unsere Struktur ist sehr aktivierend. Es sollten noch beruhigende Elemente eingebaut werden wie zum Beispiel Yoga oder Atemübungen, um einen neuen, anderen Bezug zum Körper zu finden.

Rahel Pfäffli
 Stiftung Terra Vecchia
 Gemeinschaft Melchenbühl
 Melchenbühlweg 156
 3073 Gümligen

rahel.pfaeffli@terra-vecchia.ch

KokainistInnen in der stationären Suchtbehandlung - Erkenntnisse und Erfahrungen im Frankental

Nicole Schmid

Brauchen Kokainisten spezifische stationäre Programme? Oder müsste man sich eher fragen, welche Art von KokainkonsumentInnen welches Therapiesetting mit welcher Zielsetzung und welchem Behandlungsinhalt benötigt?

Unsere Zielgruppe befindet sich in stetigem Wandel, weil sich die Konsummuster mit der gesellschaftlichen Entwicklung verändern und neue Konsumententypen hervorbringen. Dies führt zu einer stetigen Überprüfung und Anpassung unserer Behandlungsinhalte, wobei der Kern unseres Ansatzes die *Individualisierung des Therapieprozesses* ist, in welchem die grösstmögliche Anzahl an relevanten Faktoren mitberücksichtigt wird:

- die Art der Sucht: welche Substanzen, in welcher Häufigkeit und Menge, über welchen Zeitraum, zu welchem Zweck und mit welcher Wirkung eingenommen wurden
- Komorbidität: welche psychopathologische Störungen und Auffälligkeiten bestanden vor der Sucht oder entstanden durch sie?
- die körperliche Gesundheit
- der Grad der sozialen und beruflichen Integration: Bildung, Berufserfahrung, Familie, Umfeld
- Genderaspekte
- kulturell-migrationsspezifische Faktoren
- vorhandene und potentielle Ressourcen

Wir beginnen jeden Aufenthalt mit einer umfassenden Anamnese durch unseren Psychologisch-Diagnostischen Dienst, schliessen sie mit einer psychopathologischen und sozialen Diagnose ab und stimmen die Therapieplanung auf diese Erkenntnisse ab. Relevant sind hierfür primär die psychischen Störungen und Krankheiten, die der Sucht zugrunde liegen und erst in zweiter Linie die Substanz(en), welche zur Sucht führte(n).

Unsere Erfahrung zeigt, dass es unter den von uns behandelten KokainistInnen mindestens so viele Unterschiede wie Gemeinsamkeiten gibt. Den Unterschieden liegen die oben beschriebenen Aspekte zugrunde: ein 22-jähriger Kokainist ohne Berufsausbildung, der bislang nur bei den Eltern wohnte und eine mehrjährige Suchtphase, ein ADHD und weitere kognitive Defizite aufweist, benötigt eine andere Art der Unterstützung als ein 35-jähriger Kokainist mit abgeschlossener Berufslehre, einer kurzen Suchtphase, ohne Komorbidität, mit

eigenen Kindern und einer höchst belasteten Paarbeziehung. Bei der individuellen Therapieplanung müssen wir den Belastungsfaktoren bei Eintritt und den persönlichen Zielsetzungen Rechnung tragen, was zu sehr unterschiedlichen Verläufen führen wird.

Doch nicht nur an der Gewichtung der Inhalte (z.B. berufliche Integration, familiäre Ablösung, Freizeitgestaltung, Vaterrolle, Paardynamik) äussert sich die Individualität, auch am Setting, d.h. an der Dauer des stationären bzw. des halbstationären Aufenthaltes sowie der ambulanten Nachbetreuung. Durch die Struktur des Psychologisch-Diagnostischen Dienstes des Frankental sind wir in der Lage, die KlientInnen vom Eintrittstag bis in die ambulante Nachbetreuung einzeltherapeutisch zu begleiten, was eine ständige individuelle Anpassung der Interventionen an die Fortschritte der Behandlung ermöglicht - dies bei Bedarf gar über einen mehrjährigen Zeitraum.

Wo liegen die Gemeinsamkeiten in der Behandlung von KokainistInnen?

Wir bestätigen die Forschungsergebnisse, wonach unter KokainkonsumentInnen ein signifikant höherer Anteil an ADHD zu verzeichnen ist, dass bei starken KokainkonsumentInnen in besonderer Häufigkeit weitere kognitive Störungen und Defizite im frontalen Cortex auftreten (von allgemeinen Aufmerksamkeits- und Kurzzeitgedächtnisstörungen bis zu verminderter Impulskontrolle) und dass man psychopathologisch häufig Persönlichkeitsveränderungen im Bereich der narzisstischen, dissozialen und impulsiven Störungen feststellen kann.

Dies hat uns im Frankental unter anderem dazu bewogen, gerade bei KokainistInnen vermehrt Techniken und Interventionen aus der kognitiven Verhaltenstherapie anzuwenden (CBT nach Carroll, kognitiv-orientiertes Rückfallprophylaxe-Training), sowohl in der stationären Phase wie vor allem in der halbstationären und ambulanten Behandlungsphase. Als besondere Gemeinsamkeit von KokainistInnen ist die *höhere Rückfallsgefahr* zu betrachten, deren Ursache einerseits auf hirnorganische Veränderungen und auf die spezifische Wirkung des Stoffes auf die Gehirnfunktionen zurückgeführt werden kann, sicherlich aber auch auf die inzwischen allgegenwärtige Verfügbarkeit des Kokains, nicht zuletzt auf dessen Ruf in unserer Gesellschaft. Wird Heroin weiterhin verpönt und einer sehr spezifischen Randgruppe zugeordnet, genießt Kokain seine Sonderstellung als schickes Partyaccessoire, Luststimulans, Leistungsbooster und Egokatalysator über mehrere Bevölkerungsschichten hinweg. Man wird in den verschiedensten Alltagssituationen damit konfrontiert, ohne dass man sich in ein verruchtes Umfeld bewegen muss, was zusätzliche Methoden und Instrumente der Rückfallprävention erfordert. Der *Zusammenhang mit einer mittleren bis schweren Alkoholabhängigkeit* bei Kokainismus sei hier nur kurz erwähnt, da das Eingehen auf die Erklärungen und deren Folgen für die Behandlungsgestaltung den Rahmen des Themas sprengen würde.

Die *Heterogenität der KokainistInnen* in den zugrunde liegenden Suchtursachen und bedingenden Faktoren ist viel grösser als beispielsweise jene der Heroinabhängigen, bei denen eine starke Korrelation mit lebensgeschichtlich frühen Traumata und dementsprechend tiefen seelischen Verletzungen besteht, die zu starken psychischen Störungen und einem hohen Mass an sozialer Desintegration geführt haben. Umso wichtiger ist es deshalb, bei jedem/jeder Kokainabhängigen eine differenzierte Anamnese durchzuführen und eine der Diagnose, den Ressourcen und den persönlichen Zielsetzungen angepasste individuelle Therapieplanung zu gestalten.

Nicole Schmid
Leiterin Therapie & Integration
Suchtbehandlung Frankental
Frankentalerstr. 55
8049 Zürich

Anhang 5

Stand und Perspektiven act-info-FOS

Schwerpunkte 2005

- Umsetzung des nationalen Monitoring-Netzwerks
act-info im Bereich stationäre Therapie / illegale Drogen:
Vorbereitungsarbeiten für Export Kerndaten; Anpassung Code-Generator; Projektbericht; Teilnahme an Koordinationssitzungen
- Konsolidierung der Online-Datenerfassung
*Präzisierungen an der Software (Filter, Prüfverfahren);
Anpassung der Papierversion des Fragebogens an die elektronische Version*



act-info-FOS

Ausblick

- Weiterführung der KlientInnendokumentation wie bis anhin
*Erhebung; Prüfung und Bereinigung; Auswertung;
Berichterstattung*
- Mitarbeit auf Ebene des act-info Gesamtprojektes
*Export der Kerndaten; Mitarbeit bei Konzeptfragen betreffend
gemeinsame Auswertung und Berichterstattung;
gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit etc.*



act-info Gesamtprojekt

Was ist realisiert?

- Funktionierendes Monitoring-Netzwerk
gemeinsamer Fragenkatalog; harmonisierte Bearbeitungsverfahren
- Nationale Datenbank betriebsbereit
Transfer- und Verschlüsselungsstandards sind entwickelt, getestet und implementiert
- Erhebungsinstrumente
IT-Koordinationsplattform zur Abstimmung der Erhebungen
- Regelmässige Koordinationssitzungen
*Klärung von Detailfragen zu Verschlüsselung und Datentransfer;
Konzept für jährliche Datenauswertung und Berichterstattung;
Klärung von Fragen bezüglich Datennutzung etc.*

act-info Gesamtprojekt

Perspektiven

- erste Auswertungsrunde bis Juni 2006
*Prüfung Datenqualität; deskriptive Basisindikatoren;
erste vergleichende Auswertungen*
- Weiterentwicklung von Auswertung und Präsentation
*einheitliches Forschungsdesign;
auf bestimmte Zielgruppen ausgerichtete Präsentationsformen;
detaillierte Analysen (mittel- / längerfristig)*
- Datennutzung
*Richtlinien für Nutzung des nationalen Datenpools;
Kommission zur Regelung der Zugriffsberechtigung*
- Valorisierungsanlässe
*act-info-Daten als Basis für Erfahrungsaustausch zwischen
PraktikerInnen und Forschenden; Förderung der Benutzbarkeit der
Daten für die Praxis (z.B. „Voneinander lernen III“, 27./28.9.2006)*

Spezialprojekte act-info-FOS/ISGF

Schwerpunkte 2005

- Follow-up bei der Klientele der stationären Therapieeinrichtungen des Kantons Bern
GEF Bern; abgeschlossen
- vierte Stichtagserhebung Klientenzufriedenheit
BAG; abgeschlossen
- Substitutionsbehandlung im Rahmen stationärer ausstiegsorientierter Suchttherapie in der Schweiz
BAG; abgeschlossen
- QCT „Therapie statt Strafe“
BBW; abgeschlossen
- ausserdem: KlientInnendokumentation Entzug (Aargau); Uhrzeit und soziale Zeit (HSA Bern); Kleinprojekte im Auftrag von Institutionen, Behörden etc.

Spezialprojekte act-info-FOS/ISGF

Ausblick

- zweite Stichtagserhebung Mitarbeiterzufriedenheit
BAG; April 2006
- fünfte Stichtagserhebung Klientenzufriedenheit
BAG; Herbst 2006
- ev. Folgeprojekt zu QCT „Therapie statt Strafe“
in Abklärung
- ausserdem: KlientInnendokumentation Entzug (Aargau); Kleinprojekte im Auftrag von Institutionen, Behörden etc.